Lane Medical Library

Fibromyome und Carcinome des Uterus.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 12. Januar 1887

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Erich Wahrendorff

pract. Arzt aus Anclam.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. Mantzel, prakt. Arzt.
- Herbing, Cand. med.
- Hasché, Cand. med.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

Seinen theuren Eltern

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153520_0174

Das Zusammentreffen von Fibromyom mit Carcinom des Uterus ist in letzter Zeit häufig Gegenstand medicinischer Abhandlungen gewesen. Es sind dabei die Fragen aufgeworfen: Ist das gleichzeitige Bestehen ein zufälliges, oder hat der durch Myom bedingte Reiz das Carcinom hervorgerufen, oder endlich degeneriren Myome in Krebs? Beginnen wir mit der letzten Frage. In der gesammten neueren Literatur findet sich nur ein Fall von primärer, carcinomatöser Entartung eines Fibromyoms; es ist derselbe von Klob beschrieben. Trotzdem ist er von allen Seiten bezweifelt und angefochten. C. Ruge und J. Veit sind geneigt, die Entartung der Geschwulst von primärem Schleimhautkrebs abzuleiten; denn Klob selbst sagt in seiner Beschreibung des Tumors: „die Neubildung erwies sich in ihren unteren zwei Dritttheilen necrotisirt, in dem untersten Abschnitt verjaucht.“ „Durch die Verjauchung scheint uns ausgedrückt zu sein“, so deduciren nun genannte Forscher, „dass der so veränderte Theil, die jauchende Fläche mit der Aussenwelt, also jedenfalls mit der Uterushöhle communicirt, d. h. dass an der verjauchten Stelle weder ein Theil der Schleim-

haut noch die dünne den Tumor überziehende Schicht Uterusmusculatur erhalten gewesen sein kann. Wir haben nun oben erwähnt, dass von den circumscripten Schleimhautcarcinomen knotenförmige Bildungen in der Musculatur entstehen können; vielleicht würde man somit geneigt sein, den Klob'schen Fall als eine Illustration hierzu hinzustellen, ihn nicht mehr als ein Unicum betrachten."

Es ist somit kein sicher constatirter Fall von primärer Entartung eines Myoms in Krebs in der neueren Literatur beschrieben, wenn auch diese Art der Entstehung des Carcinoms, theoretisch wenigstens, nicht ganz geleugnet werden kann. Sagt doch Virchow: „Es ist mir gar nicht zweifelhaft, dass ein bestehendes Myom degeneriren kann, indem sich aus seinem Interstitialgewebe heterologe Bestandtheile entwickeln". Zugleich muss aber auch Virchow zugeben, dass der directe Nachweis für diese Ansicht noch nicht erbracht ist.

In Bezug auf die Frage, ob der Reiz des Myoms Krebs der Gebärmutter hervorruft, oder ob beides nur zufällig nebeneinander vorkommt, gehen die Ansichten weit auseinander.

Simpson gibt an, dass er zwar niemals carcimatöse Erkrankung eines Fibroms gesehen, aber öfter beides gleichzeitig am Uterus beobachtet habe und geneigt sei, das Carcinom der Gebärmutter in solchen Fällen als Folge der fortwährenden localen Reizung durch die Geschwulst anzusehen.

Böttcher fordert sogar, bei submucösen Myomen „sich nicht mit der Diagnose Myom zu beruhigen, sondern immer erst die mikroscopische Untersuchung von Schleimhautpartikeln zu Rathe zu ziehen".

Von anderer Seite wird dagegen hervorgehoben, dass bei den Negern das Myom bedeutend häufiger sei als bei den Weissen, Carcinom dagegen bei den ersteren nur verschwindend selten vorkomme. Whital hat unter 2000 farbigen Frauen, die er in New-York beobachtete, nur 2 Fälle von maligner Erkrankung des Uterus beobachtet.

Auch wird geltend gemacht, dass bei der Häufigkeit der Fibromyome — ein Fünftel aller Frauen nach dem 35. Lebensjahre scheint damit behaftet zu sein — das Zusammentreffen mit Uteruscarcinom nicht Wunder nehmen könne. Wenn ferner der Reiz des Myoms Krebs der Gebärmutter hervorriefe, so sei nicht einzusehen, dass gerade das Corpus uteri, der Lieblingssitz des Myoms, vom Carcinom nur in 2% der Gebärmutterkrebse befallen wird; der Cervix dagegen, in dessen Wandungen sich nur selten ein Myom finde, Lieblingssitz carcinomatöser Erkrankung sei.

Eine Beantwortung dieser Fragen ist von grosser praktischer Bedeutung. Denn wenn das Vorhandensein eines Myoms eine Disposition für krebsige Erkrankung der Gebärmutter abgibt, oder gar ein solches primär carcinomatös entarten kann, dann darf es nicht wohl mehr unter die gutartigen Geschwülste gerechnet werden, die nur entfernt werden müssen, wenn sie be-

drohliche Symptome machen. Dann würde der Gynäkologe sich bei jedem Myom vor die Frage gestellt sehen: Ist es besser, hier sofort zu operiren, solange noch keine maligne Erkrankung des Uterus vorliegt, oder zu warten bis bedrohliche Erscheinungen sich einstellen? Und diese Frage würde sich umsomehr aufdrängen, je besser die Resultate der Myomotomien werden.

Wie aber aus dem Vorhergehenden hervorgeht, sind zur Zeit die Ansichten über den causalen Zusammenhang von Myom und Carcinom des Uterus sehr verschieden, und ein definitives Urtheil darüber kaum möglich. Vielleicht bringt eine grössere Statistik Licht in diese Frage. Da in der Litteratur bis jetzt nur wenig Fälle von Complikationen des Uterusmyoms mit Carcinom beschrieben sind, bei denen gleichzeitig mikroscopisch das Verhalten beider zu einander untersucht ist, so scheinen mir folgende vier Fälle der Veröffentlichung wohl werth.

Ich will noch bemerken, dass die Schnitte an in Alkohol gehärteten Präparaten mit dem Mikrotom ausgeführt wurden. Als Färbungsmittel wurde Alaunkarmin verwandt.

Fall I betrifft eine 46 Jahre alte Frau B., die stets regelmässig menstruirt war, aber niemals concipirt hat. Profuse Blutungen, die sich seit fünf Wochen beständig einstellten, nöthigten sie ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen. Die Untersuchung der sehr

anämischen Frau zeigte, dass sie an Cervixcarcinom und Uterusmyom litt. Durch die Totalexstirpation wurde das erkrankte Organ entfernt. Am dritten Tage nach der Operation starb Patientin an septischer Peritonitis.

Der exstirpirte Uterus hat etwa doppelte Faustgrösse; rechts und links sitzt in der Musculatur je ein apfelgrosses Myom. Ausserdem befinden sich noch einige kleinere Myome von Hanfkorn- bis Kleinwallnussgrösse, theils subserös, theils interstitiell. Die Myome zeigen etwas weichliche Consistenz und auf dem Durchschnitt röthliche Färbung. Die Wand der Gebärmutter ist an den geschwulstfreien Stücken etwa 1 cm dick. Das Endometrium ist an einer kleinen Stelle nahe dem inneren Muttermund carcinomatös entartet. Die Wand des Cervix ist stark verdickt und zerklüftet, der Gebärmutterhals bedeutend verlängert, etwa 5 cm lang. Vom Fundus uteri bis zur Spitze des Cervix beträgt die Länge 10 cm.

Die mikroscopischen Präparate, welche vom Cervix und oben erwähnter Stelle der Uterusschleimhaut angefertigt wurden, zeigten Krebszellennester in grosser Anzahl. Die Uterusmusculatur war unter jener Stelle nur in geringer Tiefe und wenig intensiv krebsig entartet. In der Tiefe nach dem Myom zu, war die Musculatur vollkommen intact. Auch das Myom selbst, sowie die dasselbe umgebende fibröse Schicht zeigte keine Spur einer carcinomatösen Erkrankung. Das

Myom selbst zeigte reichliche Muskelzellen gegenüber dem Bindegewebe.

Fall II. Frau L. 40 Jahre alt, ist stets regelmässig menstruirt aber niemals schwanger gewesen. Seit ihrer im 25. Lebensjahre erfolgten Verheirathung sind die Menses stärker aufgetreten und wurden im Sommer 1885 sehr profus. Da sich um diese Zeit auch unregelmässiger, blutiger, zuletzt sogar übelriechender Ausfluss einstellte, wozu sich häufiger Drang zum Uriniren und starke Verstopfung gesellte, suchte Patientin ärztliche Hülfe auf. Bei der anämischen, aber sonst gut genährten Patientin wurde die Diagnose auf Ovarialtumor, Uterusmyom und Cervixcarcinom gestellt. Ein an seiner Oberfläche ulcerirtes, gestieltes Myom, welches in die Scheide hineinragte, wurde mit der Scheere entfernt. Nachdem der Uterus acht Tage lang durch antiseptische Ausspülungen gründlich desinficirt war, wurde der Uterus nebst dem Tumor durch Laparotomie entfernt.

Der Uterus hat über Faustgrösse. In seiner Wand wie subperitoneal sitzen Myome von verschiedener Grösse. Der Cervix befindet sich in ganzer Länge am Uterus, links ausserdem noch ein Stückchen Scheide. Die Cervicalhöhle ist etwas erweitert, die Schleimhaut carcinomatös degenerirt. In der Uterushöhle findet sich links in der Nähe des inneren Muttermundes eine bohnengrosse über das Niveau der Schleimhaut hervorragende, markige Infiltration. Vom Fundus

ausgehend hängt ein etwa $^1/_2$ cm langer Stiel mit unregelmässigem Ende in die Uterushöhle hinein, der Rest des oben erwähnten fibrösen Polypen. Bei makroscopischer Betrachtung des exstirpirten, gestielten Myoms scheinen die Veränderungen seiner Oberfläche lediglich auf Gangränescenz zu beruhen; eine mikroscopische Untersuchung konnte nicht stattfinden. Im Cervix ist die krebsige Entartung bedeutend vorgeschritten. Man sieht zahlreiche mit Plattenepithelien gefüllte Schläuche, theils zapfenartig, theils mehr oval. Der Uterus zeigt sich bis auf eine geringe etwa bohnengrosse Stelle, wo die Schleimhaut degenerirt ist, frei von Krebs. Ein durch oben erwähnten Stiel, Uterusmusculatur und carcinomatöse Schleimhaut geführter Schnitt, zeigt, dass der Stiel nur aus Muskel- und Bindegewebsfasern mit intacter Bedeckung besteht, auch die Uterusmusculatur in nur geringem Grade in Mitleidenschaft gezogen ist. Sämmtliche andere Myome des Uterus, soweit ihre Untersuchung von Bedeutung schien, zeigten sich frei von jeder malignen Entartung.

Fall III. Frau D. 60 Jahre alt ist bis vor 10 Jahren stets regelmässig menstruirt gewesen und hat 3 mal geboren. Im Herbst 1885 stellten sich Blutungen aus dem Uterus ein, die nach Auskratzung zwar geringer wurden aber nicht gänzlich schwanden. Bei combinirter Untersuchung fand man Uterus und Portio sehr klein, in der Umgebung befanden sich

geringe Verdickungen, vorn und rechts kleinapfelgrosse, knollige Tumoren.

Die Diagnose wurde auf Myom und Carcinom gestellt. Behufs möglichster Desinfection wird die Uterushöhle mit Sublimatlösung 1 : 1000 und Jodoformglycerin ausgespült. Der Uterus wird durch Laparotomie entfernt; dabei fliessen Krebsmassen in die Bauchhöhle. Es wird sofort mit 10% Carbollösung eine Desinfection versucht, — die Glühhitze war wegen der Tiefe im Becken und der Kleinheit der Theile nicht anwendbar, — trotzdem geht die Kranke an septischer Peritonitis zu Grunde.

Der Uterus ist klein und sehr dünnwandig; die Uterushöhle ist weit mit reicher zottiger Schleimhaut bedeckt. In der Uteruswand befinden sich mehrere bis taubeneigrosse zum Theil ganz verkalkte Myome. Die Neubildung überschreitet ein wenig den nicht mehr ganz deutlich erkennbaren inneren Muttermund. Die mikroscopische Untersuchung musste sich bei den Myomen auf eins beschränken, da die andern derart verkalkt waren, dass sie nicht geschnitten werden konnten. Es handelte sich um ein echtes Fibromyom, bei dem die Bindegewebszellen hervorragend betheiligt waren. Es zeigten sich nur ganz geringe Spuren von Verkalkung. Umgeben war das Myom von einer derben fibrösen Schicht und einer dünnen, krebsig infiltrirten Uterusmusculatur. Das Carcinom hatte sich auch auf die oberen Theile des Cervix fortgesetzt.

Fall IV. Die 62 Jahre alte Frau D. hat dreimal geboren, das letzte Mal vor 36 Jahren. Die Menses dauerten bis zum 54 Lebensjahre. Seit Jahren bemerkte Patientin eine Geschwulst im Unterleib, die seit Januar 1886 sehr schnell wuchs. Zugleich stellte sich reichlicher, anfangs blutiger, später putrider, eitriger Ausfluss ein. Die Untersuchung ergab im Douglas harte, unregelmässige Tumoren, die vom Uterus nicht deutlich abzugrenzen sind, und im Abdomen eine harte, knollige, fast kopfgrosse Geschwulst. Die Diagnose wurde auf Myoma und Tumor malignus uteri gestellt.

Durch die Laparotomie wurde der Uterus nebst Tumor entfernt, was bei seinen ausgedehnten Verwachsungen nur mit grossen Schwierigkeiten geschehen konnte. Bei der Durchtrennung seiner Verbindungen wird die Uterushöhle eröffnet und es fliesst blutigwässrige, schmutzige Flüssigkeit in grosser Menge heraus. Das ganze Operationsfeld wird mit Sublimatlösung 1‰ abgewaschen. Nach Vernähung der Bauchwunde wird ein Jodoformverband angelegt.

Trotzdem das Befinden der Operirten in den ersten Tagen ein durchaus gutes war, wird am dritten Tage der Puls frequenter und kleiner, und auf der Lunge hört man spärliches Rasseln. Patientin ist etwas somnolent. Der Zustand verschlechtert sich allmählich und am sechsten Tage nach der Operation tritt der Tod durch Lungenödem ein. Sectionsbefund:

Jauchung am Stumpf, Phlegmone der vorderen Bauchwand. Beginnende Peritonitis.

Der Tumor mit Uterus und Anhängen hat fast Manneskopfgrösse. Die linke Tube stark in die Länge gezogen; das Ovarium klein und geschrumpft. Rechts ist der Ansatz von Tube, Lig. rotundum und Lig. ovarii durch das Hineinwachsen des Tumors in das Lig. latum weit auseinandergezogen. Der stark vergrösserte Uterus hat glatten peritonealen Ueberzug: unten befindet sich an ihm die handgrosse Amputationsfläche. Die Uterushöhle ist fünfmarkstückgross geöffnet und aus ihr ragt ein weicher, grünlichroth gefärbter Tumor heraus. Auf der ganzen Uterusoberfläche sitzen unter dem Peritoneum markige Knoten von verschiedener Grösse, welche die Oberfläche überragen und stellenweise gestielte subseröse Tumoren bilden. Auf dem Durchschnitt erscheinen die meisten fibrös, einige sind verkalkt. Beim Durchschneiden des Tumors bemerkt man in der stark verdickten Wand des Uterus Myome von verschiedener Grösse. Die Hauptmasse der Geschwulst wird aber durch den Inhalt des vergrösserten Uterus gebildet. An seiner rechten Wand entspringt nämlich ein kindskopfgrosser Tumor mit breiter Basis, welcher grauroth gefärbt und stark zerfallen ist. Die Gefässe sind in grosser Ausdehnung trombosirt. Ein ähnlicher aber bedeutend stärker zerfallener Tumor befindet sich auf der linken Seite.

Behufs mikroscopischer Untersuchung der Geschwulst, fertigte ich zunächst von den schon makro-

scopisch verschiedenen Tumorenpräparate an. Es wurde Fibromyom und Adenocarcinom diagnosticirt. Um ihr Verhalten zu einander zu erkennen, wurden von den Stellen des Uterus, wo beide Geschwulstformen aneinander grenzten, Stücke untersucht. Es zeigten sich nicht nur die Myome vollständig verschont, sondern es liess sich noch carcinomfreie Uterusmusculatur, wenn auch nur in geringer Schicht, zwischen den verschiedenartigen Geschwülsten nachweisen.

Nach vorstehend geschildertem Befund lässt sich natürlich keiner der vier Fälle — in denen niemals eine secundäre Entartung in Krebs nachzuweisen war — auch nur im Geringsten für die Frage verwenden, ob Fibrom primär in Carcinom zerfallen kann. Da sich nun überhaupt, wie anfangs erwähnt, kein derartiger Fall findet, der als unumstösslicher Beweis für das Vorkommen dieser Metaplasie angeführt werden könnte, so scheint mir die Sache von so geringem practischen Interesse, dass ihre Erörterung an dieser Stelle füglich unterbleiben kann.

Anders dagegen verhält es sich mit den beiden übrigen, eingangs erwähnten Fragen: Prädisponirt Uterusmyom für Gebärmutterkrebs, oder ist es Zufall, dass man beide so häufig nebeneinander trifft?

Betrachten wir zunächst Fall I u. II, in denen es sich um Myom des Uteruskörpers und Cervixkrebs handelt.

Kann denn überhaupt ein Myom des Uteruskörpers

einen solchen Reiz auf den Cervix ausüben, dass dadurch Krebs hervorgerufen wird?

Man ist geneigt diese Frage von vornherein zu verneinen. Und gewiss kann in sehr vielen Fällen, wo die Myome klein sind oder einen Sitz einnehmen, dass sie unmöglich den Cervix mechanisch reizen oder seine Ernährung beeinflussen können, dies mit Recht geschehen.

Doch sollten nicht grosse oder multiple kleinere Myome durch Störungen, die sie in den Gefässen der Gebärmutter hervorrufen, oder durch Zerrungen, denen die Uterusmusculatur durch ihre Anwesenheit ausgesetzt ist, und an denen auch der Cervix, wenn zwar in geringerem Grade so doch mitunter recht bedeutend, Theil nimmt, einen derartigen chronischen Reiz ausüben können, dass eine Prädisposition für Carcinom eintritt? Und erst gar wenn die Wand des Cervix selbst der Sitz ist.

Was hat man denn sonst nicht Alles beschuldigt, dass es Cervixcarcinom hervorrufen sollte. Es wird vielfach der Geschlechtsgenuss und namentlich der übermässige für Entstehung des Carcinoms verantwortlich gemacht, zumal constatirt ist, dass Krebs bei Verheiratheten häufiger ist, als bei Ledigen. Dann müssten aber vor allen Dingen die Prostituirten häufig befallen werden. Dem steht aber die Angabe Parent Duchâtelet's gegenüber, der bei den Dirnen viel weniger Uteruskrebs gesehen hat, als man erwarten sollte. Selbst für die durch Statistik un-

zweifelhaft festgestellte Thatsache, dass das Cervixcarcinom ungleich häufiger Frauen befällt, die geboren haben — unter 925 Erkrankten befanden sich nach Funk nur 69 sterile — lässt sich schwer eine Erklärung finden. Schröder sagt hierüber: „Ob sich diese Erfahrungen in der Weise verwerthen lassen, dass man die Ursache als einfache traumatische Reizung deutet, ist doch sehr zweifelhaft, wenn man bedenkt, dass die beschauliche Ruhe, in der die Vaginalportion verharrt, auch bei der häufigsten Einwirkung beim Coitus und bei der Geburt nur relativ selten unterbrochen wird."

Wenn man ferner als Ursache für Cervixcarcinom deprimirende Gemüthsaffecte oder früher vorhergegangene venerische Erkrankungen des Ehemannes angeführt hat, so kann man doch wohl mit mehr Recht selbst ein Myom des Uteruskörpers für Krebs des Gebärmutterhalses verantwortlich machen?

Ausdrücklich will ich hervorheben, dass ich nicht etwa in jedem Falle, in dem grosse Uterusmyome oder zahlreiche kleinere mit Cervixcarcinom combinirt sind, die Ersteren als Ursache eines so verhängnissvollen Leidens beschuldigt wissen will. Ein derartiges Resultat aus vorerwähnten zwei Fällen zu ziehen, wäre wohl mehr als gewagt. Aber verdächtig würden mir in solchen Fällen die Myome sein und umsomehr, wenn sich nicht andere Ursachen für den Krebs finden liessen, die man in erster Linie beschuldigen könnte.

Und vielleicht haben wir hier zwei Fälle derart? Bei beiden fällt nämlich ein ätiologisches Moment fort, das immer besonders hervorgehoben ist und, wie oben erwähnt, auch durch die Statistik bestätigt wird, ich meine die Schwangerschaft. Beide haben weder ausgetragene Kinder geboren noch abortirt. Vielleicht ist als die Ursache dieser Sterilität die Anwesenheit der Myome in der Wand des Uterus anzusehen. Doch das würde an der Thatsache nichts ändern.

Kann man nun aus allem oben Gesagten mit Sicherheit folgern, dass in beiden Fällen das Myom den Krebs des Gebärmutterhalses verschuldet hat? Ich möchte nicht so radical vorgehen; denn zwei Fälle sind bei der Häufigkeit beider Geschwulstformen am Uterus ein zu geringes Material, als dass sie beweisend sein könnten.

Immerhin aber scheinen mir in unseren Fällen die Myome derart verdächtig, dass eine Veröffentlichung ähnlicher, in denen wichtige, andere ätiologische Momente fehlen, wohl erwünscht wäre, damit eine grössere Statistik Licht in die Frage bringen kann: Ist der Zusammenhang zwischen Carcinom des Cervix und Fibromyom des Uterus ein zufälliger oder causaler?

Erörtern wir jetzt Fall III und IV.

Hier handelt es sich nicht mehr um einen verschiedenen Sitz beider Geschwulstarten, hier konnte das Myom direct auf seine Nachbarschaft wirken, auf die Theile, die vom Carcinom befallen sind. Es drückt auf die Ge-

fässe und zerrt die Musculatur und Schleimhaut. Je grösser es ist oder je zahlreicher es auftritt, um so stärker die Störungen, die es hervorrufen kann. Dazu kommt, dass die Myome gerade zu einer Zeit, in welcher der Uterus sich in einem Reizstadium befindet — ich meine die Menstruation — ganz besonders durch ihre Blutfülle und hierdurch bedingte Schwellung dazu beitragen, dass derselbe vermehrt wird.

Auch der Umstand, auf den Schröder aufmerksam macht, dass nämlich an Myom leidende Frauen spät ins Climacterium treten, kann als Beweis dahin gelten, dass diese Geschwülste einen Reiz auf das befallene Organ ausüben.

Nun haben auch Ruge-Veit die Beobachtung gemacht, dass bei Carcinom des Uteruskörpers die Menses spät cessiren; sie fanden, dass unter fünfzehn Fällen nur sechsmal die Menopause vor dem 50. Lebensjahre eingetreten war, dagegen neunmal im 50. Jahre oder noch später. Aus dieser Thatsache ziehen sie folgenden Schluss: „Auch hier können wir natürlich nur die für derartige Zusammenstellung viel zu kleine Beobachtungszahl bedauern und glauben, dass weitere Fälle uns lehren werden, wie viel hierin Berechtigtes liegt. Nehmen wir aber vor der Hand die Ergebnisse unserer kleinen Zusammenstellung hin, so geht daraus hervor, dass durchschnittlich die Menopause bei Kranken, die nachher an Carcinom des Corpus erkranken, später eintritt als gewöhnlich. Unter den verschiedenen Möglichkeiten der Deutung,

die man dieser Thatsache geben kann, scheint uns die, dass es sich nicht um Menstruation, sondern schon um atypische Initialblutung des Carcinoms handelt, wenig berechtigt, weil wir oft finden, dass die Patientinnen nach der Menopause erst freie, mehr weniger lange Zeit haben, ehe die ersten Zeichen des Krebses eintreten. Viel richtiger scheint es uns zu sein, aus dem späten Eintritt der Menopause auf chronische Reize zu schliessen, die den Uterus treffen und nun zu langdauernder Hyperämie führen, unter deren Einfluss chronische Schleimhautveränderungen sich herausbilden, die dann bei prädisponirten Individuen zu bösartiger Degeneration führen. Welcher Art die Reize sind, wissen wir zur Zeit nicht, es scheint uns zweifellos, dass wir unter ihnen eine grosse Mannigfaltigkeit erwarten können. Findet man doch nicht selten neben Corpuscarcinom senile Colpitis und analoge Entzündungszustände bestehen".

Wenn also zugegeben werden muss, dass wir unter den Reizen die zu Carcinom führen können, „zweifellos eine grosse Mannigfaltigkeit erwarten können", so muss meiner Meinung nach das Myom in hervorragendem Masse in Rücksicht gezogen werden. Denn nach den Untersuchungen von Ruge-Veit nimmt der Krebs des Uteruskörpers seinen Ausgangspunkt von der Schleimhaut, uud gerade das Endometrium ist es, welches sowohl von subserösen als interstitiellen Myomen zu Wucherungen angeregt wird.

Wyder, der genaue Untersuchungen hierüber anstellte, beschreibt diese Wucherungsvorgänge folgendermassen: „die Uterusschleimhaut erschien sehr stark verdickt. Das Mikroscop zeigte immer eine enorm reichliche Drüsenwucherung. An einzelnen Präparaten standen dieselben sehr dicht gedrängt, stark korkzieherartig gewunden, in zur Oberfläche senkrechtem Verlaufe. An andern bot die Schleimhaut mehr ein areoläres Aussehen dar; es waren stark erweiterte aber nicht cystös entartete Drüsen vorhanden, die durch ziemlich breite Balken im Interglandulargewebe von einander getrennt waren". -- „In der Mehrzahl der Fälle bot das Interglandulargewebe durchaus nichts besonderes dar, in einzelnen nahm es in der Tiefe einen stark fibrillären Charakter an."

Wir haben hier also ganz das Bild des Adenoma diffusum, jener Erkrankung, die so oft als Vorläufer des malignen Adenoms und damit des Carcinoms angesprochen ist. Eppinger konnte sogar direct nachweisen, dass eine adenomatöse Schleimhaut nach 4 Monaten krebsig verändert war.

Und wie verhält es sich nun mit den übrigen Momenten, die häufig als Aetiologie des Corpuscarcinoms angeführt werden? Es wird immer das mechanische Moment hervorgehoben. So sollte Retroflexio, bei der ja jede Defäcation, jede Cohabitation einen mechanischen Reiz auf den Uterus ausüben kann, bei disponirten Frauen Carcinom erzeugen. Unter 38 Fällen von Mutterkrebs fanden Ruge-Veit aber nur

6 mal Retroflexio. Und wenn diese auch auf eine so kleine Statistik keinen bestimmenden Werth legen, auch zugeben, dass ein retroflectirter Uterus aus dem Becken bei carcinomatöser Degeneration herauswachsen kann, so folgern sie doch aus diesen Zahlen, „dass die Retroflexio nicht auffallend häufig sich zusammen mit dem Krebs des Gebärmutterkörpers vorfindet; daher ist in dem obigen Sinne eine mechanische Entstehungsursache wohl nicht recht anzunehmen. Dies ist auch um so weniger wahrscheinlich, als das relativ späte Alter, in dem, wie wir gleich sehen werden, das Carcinom zu entstehen pflegt, derartige mechanische Momente jedenfalls ziemlich wegfallen lässt. Dass weder Cohabitation noch viele Geburten hier in Frage kommen können, wird dann direct durch das relativ häufige Vorkommen der uns beschäftigenden Erkrankung bei Nulliparen, ja sogar bei Jungfrauen bewiesen". „Viel wichtiger als mechanische Insulte scheinen chronische Reize zu sein, die das ganze Organ dauernd treffen."

Nach Allem scheint es mir nicht zweifelhaft zu sein, dass Fibromyome Krebs des Gebärmutterkörpers hervorrufen können. Wie verhält es sich nun mit unsern Fällen III u. IV.

Im Fall III haben die Myome nur geringe Grösse, sind auch zum grossen Theil bereits verkalkt, so dass sie im damaligen Zustand, wenn überhaupt, doch nur einen geringen Reiz auf den Uterus ausüben konnten. Nun ist aber der ganze Uterus sehr klein und atrophisch

und es ist mit Sicherheit anzunehmen, dass auch die Myome bedeutend zurückgebildet sind. Ausserdem ist das Carcinom so weit vorgeschritten, dass sein Beginn auf längere Zeit zurückdatirt werden muss. Trotzdem will ich zugeben, dass an der Behauptung, dass in diesem Falle das Carcinom durch das Myom hervorgerufen sei, mehr oder minder berechtigte Einwendungen gemacht werden könnten.

Anders dagegen verhält es sich mit dem Fall IV. Hier sind die Myome in bedeutender Anzahl und Grösse in der Uteruswand zerstreut, so dass der Reiz, den sie auf die Gebärmutter ausübten, ein sehr grosser gewesen sein muss. Dafür spricht die Dicke der Wandungen und die Länge der Höhle der Gebärmutter. Auch konnte man an den Präparaten genau sehen, dass das Carcinom aus einem Adenom entstanden sei oder vielmehr, dass es sich um ein Adenocarcinom handelte. Hier muss meiner Meinung nach angenommen werden, dass sich zuerst auf der Uterusschleimhaut ein diffuses Adenom entwickelte, als Folge des Reizes, den die multiplen Myome ausübten, dass dann bei dem disponirten Individuum, dasselbe degenerirte und so die verhängnissvolle Erkrankung einleitete.

Ein Umstand, auf den Böttcher, der sehr lebhaft für die Behauptung eintritt, dass namentlich submucöse Myome eine Disposition für Carcinom abgeben, aufmerksam macht, dass nämlich „das Alter der Patientinnen, die gleichzeitig Myom und Carcinom des

Körpers aufweisen, erheblich geringer ist, als es sonst bei Corpuscarcinom zu sein pflegt", trifft in unserm Falle nicht zu. Bötticher deutet dies folgendermassen: „Ein etwa vorhandenes submucöses Myom zeitigt und beschleunigt nach meiner Auffassung diese senile Veränderung, kann auch wohl schon an und für sich dieselben Effecte der Schleimhaut hervorrufen, die sonst eine That der Jahre sind, also halte ich die Gegenwart dieser Bildung für ein prädisponirendes Moment der Krebserkrankung".

Den Beweis für diese Behauptung ist Böttticher aber schuldig geblieben. Denn als solchen kann man es wohl kaum auffassen, wenn er sagt: „Gusserow macht darauf aufmerksam, dass die das Myom überziehende Schleimhaut gewöhnlich verdünnt, atrophisch und ausgezerrt ist."

„Warum soll nun nicht diese Auszerrung einen Schwund des Bindegewebes herbeiführen und gleichzeitig vielleicht schon für die Utriculardrüsen einen Reiz abgeben? Sie haben jetzt, kommen noch Reizungen hinzu, dieselbe Bedingung zu einer reactiven Proliferation wie die Schleimdrüsen etc. der Lippe."

Nun sagt aber Gusserow an jener von Böttticher erwähnten Stelle: „Durch diese Auszerrung und Atrophie der bedeckenden Schleimhaut ist nun aber stets in der übrigen Uterusschleimhaut eine bedeutende collaterale venöse Stase erzeugt, die an und für sich schon zur Schwellung und Auflockerung und damit zur Zeit der menstruellen Congestion analog

ähnlichen Zuständen, wie z. B. bei chronischer Metritis, zu profusen Blutungen führt.“ Ein derartiger Zustand des Endometriums kann doch wohl kaum mit seniler Veränderung gleichgestellt werden?

Wenn ferner eingewendet wird, dass nach amerikanischen Statistiken die Neger zwar sehr häufig an Myom, aber sehr selten an Carcinom erkranken, — nach der Statistik von Chisolm starben an Carcinom mehr als doppelt so viel Weisse als Schwarze — so geht daraus doch deutlich hervor, dass diese Race eine gewisse Immunität gegen Krebs überhaupt hat. Nun habe ich selbst bei Fall IV der Ansicht Raum gegeben, dass nur bei disponirten Individuen Myom Carcinombildung begünstige. Ich kann also jenen Einwand als berechtigt nicht anerkennen.

Lässt sich nun, wenn man es als feststehend ansieht, dass Myome Carcinomentstehung begünstigen, hieraus irgend ein Gewinn für die Praxis herleiten?

Dass dadurch eine Indication geschaffen würde, Uterusmyome zu exstirpiren, auch wenn sie keine bedrohlichen Erscheinungen machen, kurz sie wie maligne Tumoren zu behandeln, wird wohl im Ernste niemand behaupten.

Auch der Vorschlag Böttcher scheint mir viel zu weitgehend. Er sagt selbst, bei der durch Myome veränderten Schleimhaut bedürfe es nur eines Reizes, um für Krebsentstehung günstige Bedingungen zu schaffen. Ruft nun etwa das Auskratzen der Uterushöhle keinen Reiz hervor?

Aber noch eine andere Gefahr würde das Auskratzen herbeiführen, auf die Wagner folgendermassen aufmerksam macht: „Ausserdem möchte ich Böttcher noch an einen Umstand erinnern, den er durch häufiges Auskratzen herbeiführen könnte. Bekanntlich neigen die Myome sehr leicht zur Verjauchung. Schröder sagt hierüber, dass die Verjauchung des Myoms besonders häufig nach ärztlichen Eingriffen eintritt, sie führt leicht durch Peritonitis oder Pyämie zum Tode".

Es bliebe also nur übrig, den an Fibromyom leidenden Frauen und namentlich denjenigen, deren Uterusschleimhaut durch Adenoma diffusum verändert ist, die grösste Sorgfalt und Aufmerksamkeit hinsichtlich ihres Gebärmutterleidens an's Herz zu legen. Wenn man sie belehrt, abgesehen von gröberen Beschwerden, wie Incarcerationsbeschwerden, colossale Blutungen, die sie schon von selbst zwingen werden, ärztliche Hülfe aufzusuchen, auch schon dann den Rath eines Arztes einzuholen, wenn der während der Regel sich einstellende schleimige Ausfluss einen eitrigen Character annimmt, so würde sich die Befolgung dieses Rathes wohl in allen Fällen den Patientinnen werthvoll erweisen. Denn fast immer wird man in diesen Fällen wenigstens Ulcerationsvorgänge am Muttermund und Veränderungen der Cervicalschleimhaut finden, durch deren rechtzeitige rationelle Behandlung den Kranken grosser Nutzen entsteht.

Sollte man aber einmal frühzeitig ein Carcinom diagnosticiren, so würde dem Arzte sogar die dankbare Aufgabe zufallen, ein Menschenleben von einem äusserst qualvollen Tode zu erretten.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, auch an dieser Stelle Hrn. Geh. Rath Prof. Dr. Schröder für gütige Ueberlassung des Materials, sowie Hrn. Dr. Winter für freundliche Unterstützung bei Abfassung dieser Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Böttticher, Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Fibromyom und Carcinom am Uterus. Inaug.-Diss. Berlin 1884.

Gusserow, Handbuch der Frauenkrankheiten.

Hewitt, Frauenkrankheiten.

C. Ruge und J. Veit, Der Krebs der Gebärmutter. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. VI u. VII.

Schröder, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.

Virchow, Geschwülste Bd. III.

Wagner, Fibromyoma et carcinoma corporis uteri. Inaug.-Diss. Berlin 1886.

THESEN.

I.

Solange das Wochenbett normal verläuft, sind antiseptische Ausspülungen nicht geboten.

II.

Bei perforirenden Brustwunden ist das Herumsuchen mit dem Finger oder der Sonde nach Fremdkörpern in der Tiefe entschieden zu widerrathen.

III.

Bei hysterischen Krämpfen sind kalte Uebergiessungen als das wirksamste Mittel indicirt.

VITA.

Erich Wahrendorff, evangelischer Confession, wurde am 10. November 1860 zu Anclam als Sohn eines Pastors daselbst geboren. Von Ostern 1869 bis Ostern 1881 besuchte er das dortige Gymnasium. Im Sommersemester 1881 bezog er die Universität Greifswald und bestand dort im Februar 1883 das Tentamen physicum. Von Ostern bis Michaelis 1883 genügte er seiner Militairpflicht mit der Waffe in Jena bei der 12. Comp. 5. Thüring. Infant. Reg. No. 94 (Grossherzog v. Sachsen). Im Winter 1883 wurde er in Berlin immatriculirt und gehörte hier der Universität bis Michaelis 1885 an. Während des Prüfungsjahres 1885/86 bestand er in Berlin das medicinische Staatsexamen und erhielt am 18. Mai 1886 die Approbation als Arzt; im Juli dieses Jahres bestand er auch das Examen rigorosum. Vom 1. Juli 1886 bis 1. Januar 1887 genügte er der zweiten Hälfte seiner Dienstpflicht in Berlin als einjährig-freiwilliger Arzt 3. Garde-Regiments zu Fuss.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren:

In Greifswald: F. Baumstark, A. Budge, J. Budge, Freiherr v. Feilitzsch, Gerstäcker, Grohé, Landois, Limpricht, Münter, Pyl, Schwanert, Sommer.

In Jena: Dr. Leubuscher.

In Berlin: Bardeleben, v. Bergmann, v. Frerichs †, Henoch, Hirsch, Lassar, L. Lewin, Leyden, Schröder, Schweigger, Senator, Virchow, J. Wolff.

Allen diesen Herren, seinen verehrten Lehrern, spricht Verfasser hierdurch seinen aufrichtigen Dank aus.